

АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ИНФЕКЦИОННОЙ ПАТОЛОГИИ

СТРУКТУРА ПАТОЛОГИИ В ОТДЕЛЕНИИ РЕАНИМАЦИИ ИНФЕКЦИОННОЙ БОЛЬНИЦЫ ЗА ПОСЛЕДНИЕ 10 ЛЕТ

Васильев А.В.¹, Сяпич В.А.¹,
Рацкевич Ю.П.¹, Невгень И.Н.²

1. Гродненский государственный медицинский университет, г. Гродно, Беларусь
2. Гродненская областная клиническая инфекционная больница, г. Гродно, Беларусь

Демографическая безопасность Республики Беларусь является приоритетной задачей, стоящей перед медицинской службой республики. Несмотря на то, что в аспекте смертности, по-прежнему, наиболее важной патологией остаются кардиопатология и онкопатология, инфекционная патология остается в сфере повышенного внимания органов здравоохранения. Это обусловлено следующими обстоятельствами: во-первых, большой относительной частотой распространения инфекционной патологии среди детей (в том числе и детей первого года жизни), во-вторых, относительно высокой частотой заболеваемости инфекционной патологией лиц молодого возраста (наиболее трудоспособная и перспективная в репродуктивном аспекте группа пациентов). Изменение структуры инфекционной патологии, а также совершенствование диагностического потенциала за последние 10 лет, определило изменение структуры инфекционной патологии, как в целом по стационару, так и в отделении интенсивной терапии. Данное обстоятельство определяет изменение задач, стоящих перед реанимационной службой инфекционного стационара.

Целью данного исследования стал статистический анализ структуры патологии отделения интенсивной терапии (далее ОАиР) Гродненской областной инфекционной больницы (далее ГОИКБ) за 2002—2012 годы.

В результате проведенного исследования установлено, что количество непрофильных больных, лечившихся в ОАиР ГОИКБ, в целом не изменилось. Изменилась структура непрофильной патологии. В 2011—2012 годах среди лечившихся в отделении не было больных с онкопатологией, в то время как в 2002 году эти больные составили $2,3 \pm 1,0\%$ ($p < 0,05$). Однако, относительное количество больных с нарушениями мозгового кровообращения на фоне АГ возросло в 5 раз с $1,1 \pm 0,4\%$ до $6,2 \pm 1,0\%$ ($p < 0,05$), при этом количество непрофильных больных ИБС уменьшилось с $14,6 \pm 2,4\%$ до $8,6 \pm 1,7\%$ ($p < 0,05$). Почти втрое уменьшилось число лечившихся по поводу неинфекционной гепатологической патологии (с $14,5 \pm 1,4\%$ до $4,9 \pm 0,9\%$; $p < 0,05$), а количество больных с циррозом печени невирусной этиологии уменьшилось почти в 4 раза (с $12,4 \pm 1,3\%$ до $2,8 \pm 0,7\%$; $p < 0,05$).

Среди изменений в структуре инфекционной патологии прежде всего следует отметить тенденцию к нарастанию относительного количества нейроинфекций, хотя данное обстоятельство не было статистически достоверным. Среди нейроинфекций отмечено нарастание удельной частоты серозных менингитов и менингоэнцефалитов с $5,1 \pm 0,9\%$ до

$12,8 \pm 1,4\%$ ($p < 0,001$). В то же время отмечено снижение частоты гнойных менингитов и менингоэнцефалитов с $10,5 \pm 1,2\%$ до $8,1 \pm 1,1\%$ ($p < 0,1$), в том числе вторичных гнойных менингитов (с $3,8 \pm 0,7\%$ до $2,1 \pm 0,6\%$; $p < 0,1$). Несмотря на расширение диагностических возможностей стационара, среди серозных менингитов и менингоэнцефалитов возрастает удельная частота нейроинфекций с неустановленной этиологией (с $2,1 \pm 0,5\%$ до $4,3 \pm 0,8\%$; $p < 0,05$). Среди этиологически расшифрованных серозных менингитов и менингоэнцефалитов следует отметить нарастание герпетических (с $1,0 \pm 0,3\%$ до $2,8 \pm 0,7\%$; $p < 0,05$) и клещевого энцефалита (с $0,8 \pm 0,3\%$ до $3,6 \pm 0,8\%$; $p < 0,001$). Несмотря на общую тенденцию к росту относительной частоты ОКИ в структуре госпитализированных в целом по стационару, относительное количество этой категории пациентов в ОАиР снизилось с $47,4 \pm 1,9\%$ до $33,4 \pm 2,0\%$; $p < 0,001$. В последние годы из структуры заболеваний исчезла дизентерия, в то время как удельная частота сальмонеллезной инфекции выросла с $1,9 \pm 0,5\%$ до $6,2 \pm 1,0\%$; $p < 0,001$. В последние годы отмечено снижение удельной частоты пневмоний с $12,1 \pm 1,3\%$ до $8,4 \pm 1,1\%$; $p < 0,05$. Снижение относительной частоты сепсиса в структуре лечившихся в ОАиР не было статистически достоверным.

Таким образом, изменения в структуре инфекционной патологии характеризуются нарастанием количества серозных менингитов и менингоэнцефалитов более чем в 2 раза, в том числе: четырехкратным нарастанием частоты клещевого энцефалита и почти трехкратным нарастанием частоты герпетического энцефалита. При этом отмечена тенденция к снижению относительного количества больных с гнойными менингитами (в том числе и вторичными). Среди кишечных инфекций отмечено пятикратное нарастание относительного количества случаев сальмонеллезной инфекции. Данная патология, вероятнее всего, будет сохранять актуальность для ОАиР в ближайшем будущем.

ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ И КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ЛАЙМ-БОРРЕЛИОЗА НА ЗАПАДЕ УКРАИНЫ

Васильева Н.А., Ивахив О.А.,
Авсюкевич О.Е.

ГУ «Тернопольский государственный медицинский университет им. И.Я. Горбачевского», г. Тернополь, Украина

В последние годы все больше внимание клиницисты обращают на проблему клещевых боррелиозов. Это обусловлено значительным ростом заболеваемости людей вследствие расширяющегося ареала существования клещей — резервуаров и переносчиков возбудителя, увеличением их численности, зараженности. В то же время, многообразие клинических проявлений Лайм-боррелиоза и недостаточная осведомленность о них врачей первичного звена, а также узких специалистов (неврологов, ревматологов, дерматологов и других), к которым за-

частую первично обращаются больные, приводит к возникновению диагностических ошибок, несвоевременному назначению адекватного лечения и как следствие — к снижению качества жизни, неблагоприятным исходам заболевания, инвалидизации, существенным экономическим потерям.

В последние годы в западных областях Украины, в том числе и в Тернопольской, иксодовый клещевой боррелиоз — одна из наиболее часто встречающихся трансмиссивных природно-очаговых инфекций. Основным переносчиком боррелий на территории области является иксодовый лесной клещ *I. ricinus*.

Согласно энтомологическому мониторингу, количество иксодовых клещей в области ежегодно увеличивается. Так, в 2005 г. в сезон с апреля по октябрь клещей было собрано 1,4 экз./флаг-км, в 2011 г. — 7,6, в 2012 г. — 7,8, а в 2013 г. — до 12 экз./флаг-км. В области сезонная активность клещей имеет два резко выраженных пика с максимумом в мае-июне и сентябре. Именно на этот период приходится свыше 90% всех нападений клещей на людей.

На протяжении последних двенадцати лет обнаружены энзоотические территории по иксодовому клещевому боррелиозу в 101 населенном пункте районов области и г. Тернополе, количество их ежегодно увеличивается на 20—25. Основную роль в распространении болезни Лайма играют антропогенные очаги, в которых инфицируются от 75 до 85% больных.

Увеличивается и количество обращений граждан области по поводу укусов клещами: в 2005 г. зарегистрированы лишь единичные случаи, в 2010 г. — 440, в 2011 г. — 646, в 2012 г. — 797, за 10 месяцев 2013 г. — 644 случая. Чаще всего клещи нападали на людей в лесах во время отдыха, сбора ягод, грибов (36—38%), в лесопарковых зонах города (28—32%), во время работы на приусадебных участках (10—12%) и даже на городском пляже (2—4%).

Одновременно растет заболеваемость болезнью Лайма: в 2005 г зарегистрировано всего 3 случая, а в 2011 г. — уже 60, в 2012 г. — 59, за 10 месяцев 2013 г. — 53 случая.

Подвершимся нападению клещами проводили химиопрофилактику (тетрациклинами, полусинтетическими пенициллинами или макролидами), однако у 7% таких лиц через 2—4 недели после укуса были выявлены специфические иммуноглобулины *B. burgdorferi*, что можно расценить как латентную форму болезни Лайма, а у 1,3% через 10—68 дней появились клинические симптомы клещевого боррелиоза.

На лечении в инфекционных стационарах области с Лайм-боррелиозом с 2005 г. и за 10 месяцев 2013 г. включительно находилось 273 больных в возрасте от 4 до 83 лет, из них мужчин — 109 (39,9%), женщин — 164 (60,1%). 2/3 больных проживали в городах. Повторно госпитализированы 9 больных, из них 3 — трижды.

Свыше 90% больных отмечали укус клеща за 5—90 дней до возникновения первых клинических проявлений заболевания, из них более чем у каждого пятого инкубационный период длился свыше 35 суток. Основным клиническим проявлением болезни у 3/4 пациентов была кольцевидная эритема на туловище и конечностях спостепенным увеличением ее размеров от 1,5 до 50 см, иногда мигрирующая. В некоторых случаях она сопровождалась болью,

отеком, жжением, инфильтрацией, зудом, регионарным лимфаденитом. Эритема удерживалась в среднем 10—14 дней, у 1 больного отмечалась более года. Первичный аффект при поступлении выявляли лишь изредка. Повышение температуры тела отмечали у каждого пятого пациента.

Поражение крупных и мелких суставов наблюдали у 1/5 пациентов через несколько месяцев от начала болезни, реже — в остром периоде: артралгии (2/3) и артриты (1/3) с болью, отеком, гиперемией. Из числа больных с поражением суставов у половины была мигрирующая эритема — у большинства одновременно (ранние органические поражения) или 2—6 лет назад (поздние, хронические, органические поражения). Поражение нервной системы проявлялось болью, онемением и ощущением холода в конечностях, шаткостью походки, неустойчивостью в позе Ромберга, невозможностью закрыть глаза, напирать лоб, бессонницей. Неврологическую симптоматику, как правило, наблюдали не ранее чем через 1—2 года от начала болезни, у 1 больной — через 4 мес. Комбинированные формы диагностированы у каждого шестого госпитализированного больного.

Изменения ЭКГ наблюдали у 2/3 лиц: диффузные изменения и умеренные обменные нарушения сердечной мышцы, в отдельных случаях диагностирован миокардит. Умеренное увеличение печени отмечали у половины пациентов, из них у каждого пятого в анамнезе был гепатит.

Для верификации диагноза лабораторно обследовано 3/4 больных из числа госпитализированных. Болезнь Лайма подтверждена у 90% пациентов выявлением специфических антител к *B. burgdorferi*, причем IgM определялись обычно на протяжении 2 месяцев, а в отдельных случаях — даже до 1 года (при наличии клинических проявлений на момент обследования), IgG — до 2 лет.

Таким образом, Лайм-боррелиоз является эндемическим заболеванием для Тернопольской области. Число зарегистрированных случаев ежегодно возрастает, что связано с увеличением популяции клещей, поэтому необходимо активнее использовать экологические методы борьбы с клещами и проводить акарицидные мероприятия в зонах отдыха, лесопарках и т.д. Учитывая эндемичность территории области по болезни Лайма, при укусе клещей показано проведение химиопрофилактики и серологического обследования пострадавших.

ОСОБЕННОСТИ ИММУНИТЕТА И ЛЕЧЕНИЯ ПРИ СОЧЕТАННОЙ ПРОТОЗОЙНОЙ И ПАРАЗИТАРНОЙ ИНВАЗИИ (АСКАРИДОЗ И ЛЯМБЛИОЗ)

Васильева Н.А., Шкильна М.И.

ГУ «Тернопольский государственный медицинский университет им. И.Я. Горбачевского», г. Тернополь, Украина

Кишечные паразитозы широко распространены во всем мире, хотя большинство из них у людей протекает субклинически и редко диагностируется [1]. Интестинальные паразитозы негативно влияют